

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P.B.N DENGAN POST OP  
TUMOR ABDOMEN DI RUANGAN ASOKA RSUD.**

**PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk  
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan  
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



NAMA : YONATHAN YESRELI MIHA DIMU

NIM : PO.530320116378

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P.B.N DENGAN POST OP  
TUMOR ABDOMEN DI RUANGAN ASOKA RSUD.**

**PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**



**NAMA :YONATHAN YESRELI MIHA DIMU**

**NIM :PO.530320116378**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**

**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**PRODI D III KEPERAWATAN**

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

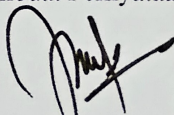
Nama : Yonathan Yesreli Miha Dimu  
NIM : PO.530320116378  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019

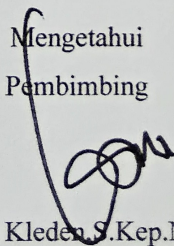
Pembuat Pernyataan



Yonathan Yesreli Miha Dimu  
PO.530320116378

Mengetahui

Pembimbing

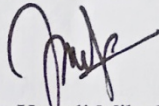


Simon Sani Kleden S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

### LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yonathan Yesreli Miha Dimu  
NIM:PO.530320116378 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.P.B.N Dengan  
Post Op Tumor Abdomen" di Ruang Asoka RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES  
KUPANG"

Disusun oleh




Yonathan Yesreli Miha Dimu

PO.530320116378

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing



Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

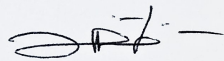


## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yonathan Yesreli Miha Dimu dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.P.B.N Dengan Post Op Tumor Abdomen" di Ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

### Dewan Penguji

Penguji I



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns, MSN  
NIP. 19910212201922001

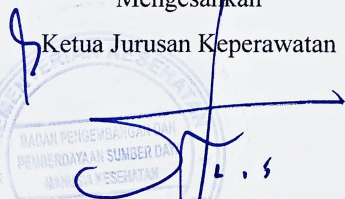
Penguji II



Simon Sani Kleden. S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan

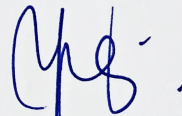
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Yonathan Yesreli Miha Dimu  
Tempat/ Tanggal Lahir : Naikliu, 06 Juni 1975  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Alamat : Kristen Protestan  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Inpres Naikliu Tahun 1989  
2. Tamat SMP N Naikliu Tahun 1992  
3. Tamat SPK Kupang Tahun 1995  
4. sejak tahun 2016, kuliah di jurusan keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

”Semua Indah Pada Waktunya”

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Pada NY, P.B.N Dengan Diagnosa Post Op Tumor Abdomen Di Ruang soka RSUD. Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang. Penyusunan dan laporan ini dibuat dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis sadar bahwa dalam menyelesaikan laporan ini banyak mendapat dukungan baik secara moril maupun material dari berbagai pihak yang dengan caranya masing-masing membantu penulis demi keberhasilan penulisan laporan ini. Oleh karena itu penulis pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Simon Sani Kleden SKp,Ns.,M.Kes sebagai pembimbing yang telah banyak memberi arahan, masukan, bimbingan serta memberikan dukungan atau motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan ujian akhir program ini.
2. Ibu Febtian Cendradevi Nugroho,S.Kep.Ns,MSN selaku penguji Institusi atas segala masukan dan petunjuk sehingga pada akhirnya ujian akhir program ini dapat diselesaikan.
3. Ibu Yanti Ataupah. Skep,Ns Selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan – masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di ruang Asoka RSUD Prof. DR. W Z Yohanes Kupang
4. R.H Kristina, SKM.,M.Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
5. Bapak.Dr.FlorentianusTat,SKp,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.

6. Para dosen dan seluruh civitas Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membekali penulis dengan sejumlah keterampilan dan pengetahuan selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
7. Istri tercinta dan anak tersayang yang telah mendukung dan memotivasi sampai penulis menyelesaikan pendidikan DIII.
8. Adik Othan, Edang, Wasti dan teman-teman kelas karyawan yang memberi semangat kepada penulis sehingga penulis bersemangat menyelesaikan pendidikan DIII.
9. Sahabat-sahabat terbaik yang saya sayangi Ibu Petronela, Pak Cris, pak ciko, pak Carlos, yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan DIII. .
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah berjasa bagi penulis dalam menyelesaikan ujian akhir program ini.

Penulis menyadari bahwa laporan studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak masih dibutuhkan penulis demi penyempurnaan. Laporan studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca dan semua yang berkepentingan.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis



## ABSTRAK

Politeknik KesehatanKemenkes Kupang

Jurusan Keperawatan

Karya Tulis Ilmia

### “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. P.B.N.DENGAN DIAGNOSA POST OP TUMOR ABDOMEN DI RUANGAN ASOKA RSUD, PROF. W. Z. JOHANNES KUPANG

Nama : Yonathan Yesreli Miha Dimu

Nim : PO. 530320116378

Tumor Abdomen adalah pembengkakan atau adanya benjolan yang disebabkan oleh neoplasma dan infeksi yang berada di abdomen berupa massa abnormal di sel-sel yang berpoliferasi yang bersifat tidak terkontrol, progresif (Oswari, 2009). Tumor/kanker adalah salah satu penyebab morbiditas dan kematian di seluruh dunia, dengan sekitar 14 juta kasus baru di tahun 2018. Jumlah kasus baru diperkirakan meningkat sekitar 70% selama 2 dekade ke depan. Kanker adalah penyebab utama kematian kedua di dunia (Kemenkes RI, 2015). Tujuan penulisan ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan kasus tumor abdomen melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif. Responden yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pasien dengan post op tumor abdomen di Ruangan Asoka RSUD, Prof. W. Z. Johannes Kupang. Berdasarkan studi kasus pada Ny. P.B.N. ditemukan masalah keperawatan nyeri akut dan risiko infeksi. Adapun implementasi nyeri yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memasang infus, memberikan obat anti nyeri, mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, mengambil darah vena. Implementasi untuk risiko infeksi yaitu membersihkan lingkungan dengan baik, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, memakai sarung tangan saat tindakan, dan mengobservasi tanda-tanda vital. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Ny. P.B.N. menggambarkan kondisi sudah mulai membaik ditandai dengan nyeri berkurang, serta tidak ada tanda-tanda terjadinya infeksi. Diharapkan pasien dapat memperhatikan pola makan, cara perawatan, gaya hidup sehat dengan baik.

***Kata kunci : Tumor Abdomen, Nyeri Akut Dan Risiko Infeksi***

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN .....	iv
BIODATA PENULIS .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>1. BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	4
<b>2. BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Dasar Penyakit Post Op Tumor Abdomen .....	5
2.1.1 Pengertian .....	5
2.1.2 Etiologi .....	7
2.1.3 Patofisiologi .....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.5 Pemeriksaan penunjang .....	9
2.1.6 Komplikasi .....	11
2.1.7 Penatalaksanaan .....	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	12
2.2.1 Pengkajian .....	12
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	15
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	15
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	18
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	20
<b>3. BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>21</b>
3.1 Studi Kasus .....	21
3.1.1 Pengkajian .....	21
3.1.2 Rumusan Masalah Keperawatan .....	23
3.1.3 Intervensi Masalah Keperawatan .....	23
3.1.4 Implementasi .....	25
3.1.5 Evaluasi .....	25
3.2 Pembahasan .....	26

3.2.1 Pengkajian .....	26
3.2.2 Rumusan Masalah Keperawatan .....	26
3.2.3 Intervensi Masalah Keperawatan .....	27
3.2.4 Implementasi .....	28
3.2.5 Evaluasi .....	29
3.3 Keterbatasan penulis .....	29
<b>4. BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>30</b>
4.1 Kesimpulan .....	30
4.2 Saran.....	31
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>34</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Lampiran 1 : Format Pengkajian Dan Askep Post Op Tumor Abdomen
2. Lampiran 2 : Bukti Proses Bimbingan Dosen
3. Lampiran 3 : Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program Tahun Ajaran 2019

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Tumor merupakan pertumbuhan sel-sel yang tidak normal dalam tubuh yang tumbuh secara terus-menerus, tidak terbatas, dan tidak terkoordinasi dengan jaringan di sekitarnya, serta tidak berguna bagi tubuh. (Kemenkes RI, 2015). Tumor Abdomen adalah pembengkakan atau adanya benjolan yang disebabkan oleh neoplasma dan infeksi yang berada di abdomen berupa massa abnormal di sel-sel yang berpoliferasi yang bersifat autonom (tidak terkontrol), progresif (tumbuh tidak beraturan), tidak berguna. Seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan biakannya, sel tumor dapat membentuk suatu massa dari jaringan yang ganas dan kemudian dapat menjadi dan dapat bermetastasis keseluruh tubuh sehingga dapat menyebabkan kematian. Tumor intra abdomen antara lain tumor hepar, tumor limpa, tumor lambung atau usus halus, tumor kolon, tumor ginjal (hipernefroma), tumor pankreas. Pada anak-anak dapat terjadi tumor ginjal (Oswari, 2009). Tumor/kanker adalah suatu penyakit yang bersifat tidak menular, atau NCD (*Non communicable diseases*) yang menjadi penyebab kematian terbesar manusia diseluruh dunia apabila tidak segera dilakukan tindakan. Sampai saat ini, tumor merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia (Oktavionita, 2017).

Tumor abdomen disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang diasinkan, diasapi dan jarang mengkonsumsi buah-buahan serta sayuran. Gejala pada penyakit Tumor abdomen sangat sulit untuk dideteksi karena sangat sedikit gejala yang terjadi. Gejala tumor abdomen dapat dideteksi cenderung pada saat mencapai stadium lanjut seperti nafsu makan menurun, penurunan berat badan, cepat kenyang, mules atau gangguan pencernaan, mual, muntah darah, pembengkakan pada perut karena penumpukan cairan, dan anemia (Oktavionita, 2017).

Tumor/kanker adalah salah satu penyebab morbiditas dan kematian di seluruh dunia, dengan sekitar 14 juta kasus baru di tahun 2018. Jumlah kasus baru diperkirakan meningkat sekitar 70% selama 2 dekade ke depan. Kanker adalah penyebab utama kematian kedua di dunia (Kemenkes RI, 2015).

Menurut (WHO, 2018), angka kejadian tumor atau kanker adalah penyebab utama kematian kedua di dunia, sekitar 8,8 juta kematian pada

tahun 2015. Data kematian tumor abdomen sebesar 754.000 kematian. Salah satu faktor resiko terjadinya kematian akibat tumor adalah penggunaan tembakau sekitar 22%.

Data Globocan menyebutkan di tahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian sebesar 9,6 juta kematian, dimana 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia mengalami tumor. Data tersebut juga menyatakan dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan, meninggal karena tumor. Angka kejadian penyakit tumor di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) berada pada urutan 81 di Asia Tenggara, sedangkan Asia urutan ke 23 (Kemenkes, 2018). Prevalensi kejadian tumor di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1.4 per 1000 penduduk tahun 2013 menjadi 1,79 per 100.000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi tumor tertinggi adalah pada Propinsi DI Yogyakarta 4;86 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan Data dari Nusa Tenggara Timur (2017), penderita tumor/kanker secara keseluruhan berjumlah 960 orang dan sampai pada tahun 2018 terus bertambah berkisar hingga 1050 orang. Berdasarkan data distribusi penderita tumor tahun 2018 (Profil Kesehatan NTT, 2018)

Berdasarkan data organ tahun 2018, menurut pemeriksaan histopatologi di instalasi patologi anatomi RSUD. W.Z. Johannes penderita tumor/kanker abdomen 16 jiwa. Untuk mencegah semakin berkembangnya tumor tenaga kesehatan NTT sudah melakukan pelatihan yang diberikan yayasan kanker Indonesia bekerja sama dengan Garuda Indonesia, diharapkan dapat menurunkan angka pengidap kanker di NTT dan Kota Kupang (RSUD. W.Z. Johannes, 2018).

Terdapat beberapa pendekatan yang telah banyak digunakan untuk mengobati Tumor yaitu pembedahan, radiasi dan kemoterapi. Penggunaan metode tersebut tergantung pada jenis tumor dan stadium perkembangannya. Pembedahan adalah suatu penanganan medis secara invasive yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri, atau deformitas tubuh. Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan, selanjutnya dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka.

Perawat harus mempunyai bekal untuk mendukung pasien dan keluarga melewati rentang krisis, emosional, sosial, budaya, dan spiritual yang luas. Pencapaian hasil-hasil yang diinginkan meliputi pemberian dukungan yang realistik pada mereka yang menerima asuhan keperawatan

dan dengan menggunakan standar-standar praktik dan proses keperawatan sebagai dasar asuhan (Nainggolan, 2013).

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah “Asuhan Keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang”.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisa pemberian Asuhan Keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.
- 2) Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.
- 3) Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.
- 4) Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.
- 5) Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.



## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Bagi D-III**

Hasil dari penulisan laporan ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi tentang masalah tumor abdomen pada Ny. P.B.N. dengan post op tumor abdomen diruang Asoka RSUD. Prof. Dr.W.Z. Johanes Kupang.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Institusi**

Laporan ini diharapkan dapat mengoptimalkan pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada semua pasien.

### **1.4.3 Manfaat bagi rumah sakit**

Hasil dari penulisan laporan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai panduan dalam intervensi keperawatan

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep teori**

##### **2.1.1 Definisi**

Tumor adalah kumpulan sel abnormal yang terbentuk oleh sel-sel yang tumbuh terus menerus, tidak terbatas, tidak terkoordinasi dengan jaringan di sekitarnya serta tidak berguna bagi tubuh (Dhia, 2014).

Tumor intra abdomen merupakan massa yang padat dengan ketebalan yang berbeda-beda, yang disebabkan oleh sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom lepas dari kendali pertumbuhan sel normal, sehingga sel tersebut berbeda dari sel normal dalam bentuk dan strukturnya. Secara patologi kelainan ini mudah terkelupas dan dapat meluas ke retroperitonium, dapat terjadi obstruksi ureter atau vena kava inferior. Massa jaringan fibrosis mengelilingi dan menentukan struktur yang di bungkusnya tetapi tidak menginvasinya. Yang termasuk tumor intra abdomen antara lain, Tumor hepar, Tumor limpa /lien, Tumor lambung/usus halus, Tumor colon, Tumor ginjal (hipernefroma), Tumor pankreas. Pada anak-anak dapat terjadi Tumor wilms (ginjal) (Smelstzer & Suzanne C, 2001).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab terjadinya tumor karena terjadinya pembelahan sel yang abnormal. Perbedaan sel tumor tergantung dari besarnya penyimpangan dalam bentuk dan fungsi autonominya dalam pertumbuhan, kemampuannya mengadakan infiltrasi dan menyebabkan metastasis.

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya tumor antara lain (Smelstzer & Suzanne C, 2001):

- 1) Karsinogen

a. Kimiawi Bahan kimia dapat berpengaruh langsung (karsinogen) atau memerlukan aktivasi terlebih dahulu (ko-karsinogen) untuk menimbulkan neoplasia. Bahan kimia ini dapat merupakan bahan alami atau bahan sintetik/semisintetik. Benzopire suatu pencemar lingkungan yang terdapat di mana saja, berasal dari pembakaran tak sempurna pada mesin mobil dan atau mesin lain (jelaga dan ter) dan terkenal sebagai suatu karsinogen bagi hewan maupun manusia. Berbagai karsinogen lain antara lain nikel arsen, aflatoksin, vinilklorida.

b. Fisik

Radiasi gelombang radioaktif seiring menyebabkan keganasan. Sumber radiasi lain adalah pajanan ultraviolet yang diperkirakan bertambah besar dengan hilangnya lapisan ozon pada muka bumi bagian selatan. Iritasi kronis pada mukosa yang disebabkan oleh bahan korosif atau penyakit tertentu juga bisa menyebabkan terjadinya neoplasma.

c. Viral

Dapat dibagi menjadi dua berdasarkan jenis asam ribonukleatnya: virus DNA serta RNA. Virus DNA yang sering dihubungkan dengan kanker antara human papiloma virus (HPV), Epstein-Barr virus (EPV), hepatiti B virus (HBV), dan hepatitis C virus (HCV). Virus RNA yang karsonogenik adalah human T-cell leukemia virus I (HTLV-I) .

2) Hormon

Hormon dapat merupakan promoter keganasan.

3) Faktor gaya hidup

Kelebihan nutrisi khususnya lemak dan kebiasaan makan-makanan yang kurang berserat. Asupan kalori berlebihan, terutama yang berasal dari lemak binatang, dan kebiasaan makan makanan kurang serat meningkatkan risiko berbagai keganasan, seperti karsinoma payudara dan karsinoma kolon.

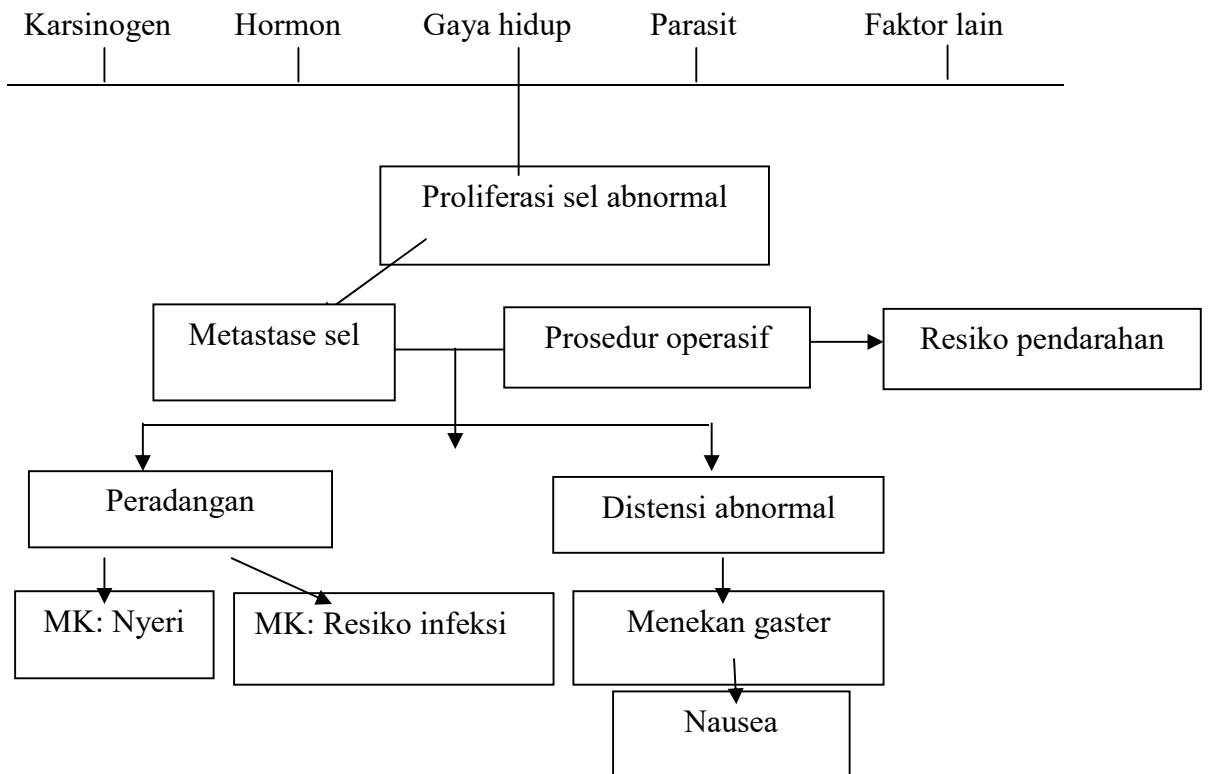
- 4) Parasit schistosoma hematobin yang mengakibatkan karsinoma planoseluler.
- 5) Genetik, infeksi, trauma, hipersensivitas terhadap obat

### **2.1.3 Patofisiologi**

Tumor adalah proses penyakit yang bermula ketika sel abnormal di ubah oleh mutasi genetic dari DNA seluler, sel abnormal ini membentuk kolon dan berpopliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal mengatur pertumbuhan dalam lingkungan sekitar sel tersebut. Sel-sel neoplasma mendapat energi terutama dari anaerob karena kemampuan sel untuk oksidasi berkurang, meskipun mempunyai enzim yang lengkap untuk oksidasi. Susunan enzim sel uniform sehingga lebih mengutamakan berkembang biak yang membutuhkan energi untuk anabolisme dari pada untuk berfungsi yang menghasilkan energi dengan jalan katabolisme. Jaringan yang tumbuh memerlukan bahan-bahan untuk membentuk protiplasma dan energi, antara lain asam amino. Sel-sel neoplasma dapat mengalahkan sel-sel normal dalam mendapatkan bahan-bahan tersebut. (Kusuma, 2001).

Ketika dicapai suatu tahap dimana sel mendapatkan ciri-ciri invasi, dan terjadi perubahan pada jaringan sekitarnya. Sel-sel tersebut menginfiltrasi jaringan sekitar dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh-pembuluh darah, melalui pembuluh darah tersebut sel-sel dapat terbawa ke area lain dalam tubuh untuk membentuk metastases (penyebaran tumor) pada bagian tubuh yang lain. Meskipun penyakit ini dapat diuraikan secara umum seperti yang telah digunakan, namun tumor bukan suatu penyakit tunggal dengan penyebab tunggal: tetapi lebih kepada suatu kelompok penyakit yang jelas dengan penyebab, metastase, pengobatan dan prognosa yang berbeda.

## Pathway



(Sumber: Sylvia A, 2005).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Tumor abdomen merupakan salah satu tumor yang sangat sulit untuk dideteksi. Berbeda dengan jenis tumor lainnya yang mudah diraba ketika mulai mendesak jaringan di sekitarnya. Hal ini disebabkan karena sifat rongga tumor abdomen yang longgar dan sangat fleksibel. Tumor abdomen bila telah terdeteksi harus mendapat penanganan khusus. Bahkan, bila perlu dilakukan pemantauan disertai dukungan pemeriksaan secara intensif. Adapun tanda dan gejala yang sering ditemui pada tumor abdomen (Sylvia A, 2005):

- a. Hiperplasia.
- b. Konsistensi tumor umumnya padat atau keras.
- c. Tumor epitel biasanya mengandung sedikit jaringan ikat, dan apabila tumor berasal dari mesenkim yang banyak mengandung jaringan ikat elastis kenyal atau lunak.
- d. Kadang tampak hipervaskulari di sekitar tumor.
- e. Bisa terjadi pengerutan dan mengalami retraksi.
- f. Edema sekitar tumor disebabkan infiltrasi ke pembuluh limfa.
- g. Konstipasi.
- h. Nyeri.
- i. Anoreksia, mual, lesu.
- j. Penurunan berat badan.
- k. Pendarahan.

#### **2.1.5 Pemeriksaan Penunjang**

Beberapa pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan adalah:

- a. Radiografi polos atau radiografi tanpa kontras, contoh: X-foto tengkorak, leher, toraks, abdomen, tulang, mammografi.
- b. Radiografi dengan kontras, contoh: Foto Upper GI, bronkografi, Colon in loop, kistografi.
- c. USG (Ultrasonografi), yaitu pemeriksaan dengan menggunakan gelombang suara. Contoh: USG abdomen, USG urologi, mammosografi.

- d. CT-scan (Computerized Tomography Scanning), contoh: Scan kepala, thoraks, abdomen, whole body scan, dll.
- e. MRI (Magnetic Resonance Imaging) Merupakan alat scanning yang masih tergolong baru dan pada umumnya hanya berada di rumah sakit besar. Hasilnya dikatakan lebih baik dari CT.
- f. RIA (Radio Immuno Assay), untuk mengetahui petanda tumor (tumor marker).

#### **2.1.6 Penanganan**

##### **a. Pembedahan**

Pembedahan adalah modalitas penanganan utama, biasanya gasterektomi subtotal atau total, dan digunakan untuk baik pengobatan maupun paliasi. Pasien dengan tumor lambung tanpa biopsy dan tidak ada bukti metastatis jauh harus menjalani laparotomi eksplorasi atau seliatomi untuk menentukan apakah pasien harus menjalani prosedur kuratif atau paliatif. Komplikasi yang berkaitan dengan tindakan adalah infeksi, perdarahan, ileus, dan kebocoran anastomosis.

##### **b. Radioterapi Penggunaan partikel energy tinggi untuk menghancurkan sel-sel dalam pengobatan tumor dapat menyebabkan perubahan pada DNA dan RNA sel tumor. Bentuk energy yang digunakan pada radioterapi adalah ionisasi radiasi yaitu energy tertinggi dalam spektrum elektromagnetik.**

Kemoterapi sekarang telah digunakan sebagai terapi tambahan untuk reseksi tumor, untuk tumor lambung tingkat tinggi lanjutan dan pada kombinasi dengan terapi radiasi dengan melawan sel dalam proses pembelahan, tumor dengan fraksi pembelahan yang tinggi ditangani lebih efektif dengan kemoterapi. Bioterapi Terapi biologis atau bioterapi sebagai modalitas pengobatan keempat untuk kanker dengan menstimulasi system imun (biologic response modifiers/BRM) berupa antibody monoclonal, vaksin, factor stimulasi koloni, interferon, interleukin.



### **2.1.7 Penatalaksanaan Medis**

#### **1) Pembedahan**

Pembedahan adalah modalitas penanganan utama, biasanya gastrektomi subtotal atau total, dan digunakan untuk baik pengobatan maupun paliasi. Pasien dengan tumor lambung tanpa biopsi dan tidak ada bukti metastasis jauh harus menjalani laparotomi eksplorasi atau seliatomi untuk menentukan apakah pasien harus menjalani prosedur kuratif atau paliatif. Komplikasi yang berkaitan dengan tindakan adalah infeksi, perdarahan, ileus, dan kebocoran anastomosis.

#### **2) Radioterapi Penggunaan partikel energy tinggi untuk menghancurkan sel-sel dalam pengobatan tumor dapat menyebabkan perubahan pada DNA dan RNA sel tumor. Bentuk energy yang digunakan pada radioterapi adalah ionisasi radiasi yaitu energy tertinggi dalam spektrum elektromagnetik.**

#### **3) Kemoterapi sekarang telah digunakan sebagai terapi tambahan untuk reseksi tumor, untuk tumor lambung tingkat tinggi lanjutan dan pada kombinasi dengan terapi radiasi dengan melawan sel dalam proses pembelahan, tumor dengan fraksi pembelahan yang tinggi ditangani lebih efektif dengan kemoterapi.**

#### **4) Bioterapi Terapi biologis atau bioterapi sebagai modalitas pengobatan keempat untuk kanker dengan menstimulasi system imun (biologic response modifiers/BRM) berupa antibody monoclonal, vaksin, factor stimulasi koloni, interferon, interleukin.**

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan tindakan keperawatan. Keberhasilan keperawatan sangat penting dalam pengkajian. Tahap pengkajian ini terdiri dari komponen antara lain: anamnesis, pengumpulan data, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan

#### **a. Anamnesis**

Identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia mudah), JK (banyak laki-laki karena sering ngebut–ngebutan dengan motor tanpa pengaman helm), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, no registrasi, diagnosa medis.

b. Riwayat kesehatan: perasaan lelah, nyeri abdomen (PQRST), pola eliminasi terdahulu dan saat ini, deskripsi tentang warna, bau, dan konsistensi feses, mencakup adanya darah dan mukus.

c. Riwayat masa lalu tentang penyakit usus inflamasi kronis atau polip kolon, riwayat keluarga dari penyakit kolon dan terapi obat saat ini. Kebiasaan diet diidentifikasi mencakup masukan lemak dan atau serat serta jumlah konsumsi alkohol. Penting dikaji riwayat penurunan berat badan.

d. Auskultasi terhadap bising usus dan palpasi untuk nyeri tekan, distensi dan masa padat. Specimen feses diinspeksi terhadap karakter dan adanya darah.

#### **e. Aktivitas dan istirahat**

Gejala: Kelemahan, kelelahan, malaise, cepat lelah. Insomnia, tidak tidur semalaman karena diare. Merasa gelisah dan ansietas. Pembatasan aktivitas/kerja sehubungan dengan efek proses penyakit.

#### **f. Sirkulasi**

Tanda: Takikardia (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri). Kemerahan, area ekimosis (kekurangan vitamin K). Tekanan

darah hipotensi, termasuk postural. Kulit/membran mukosa: turgor buruk, kering, lidah pecah–pecah (dehidrasi/malnutrisi).

g. Integritas ego

Gejala: Ansietas, ketakutan misalnya: perasaan tak berdaya/tak ada harapan.

Faktor stress akut/kronis misalnya: hubungan dengan keluarga dan pekerjaan, pengobatan yang mahal.

Tanda: Menolak, perhatian menyempit, depresi.

h. Eliminasi

Gejala: Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau atau berair.

Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol (sebanyak 20-30 kali defekasi/hari); perasaan dorongan/kram (tenesmus); defekasi darah/pus/mukosa dengan atau tanpa keluar feses. Pendarahan per rektal. Riwayat batu ginjal (dehidrasi).

Tanda: Menurunya bising usus, tak adanya peristaltik atau adanya peristaltik yang dapat dilihat di hemoroid, fisura anal (25 %), fistula perianal.

i. Makanan dan cairan

Gejala: Penurunan lemak, tonus otot dan turgor kulit buruk. Membran mukosa bibir pucat; luka, inflamasi rongga mulut.

Tanda: Anoreksia, mual dan muntah. Penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet/sensitive; buah segar/sayur, produk susu, makanan berlemak.

j. Hygiene

Tanda: Ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri. Stomatitis menunjukkan kekurangan vitamin. Bau badan.

k. Nyeri dan kenyamanan

Gejala; Nyeri/nyeri tekan pada kuadran kiri bawah (mungkin hilang dengan defekasi), titik nyeri berpindah, nyeri tekan (arthritis).

Tanda: Nyeri tekan abdomen/distensi.

1. Keamanan

Gejala; Riwayat lupus eritematosus, anemia hemolitik, vaskulitis, Arthritis (memperburuk gejala dengan eksaserbasi penyakit usus). Peningkatan suhu 39-40°Celsius (eksaserbasi akut). Penglihatan kabur, alergi terhadap makanan/produk susu (mengeluarkan histamine kedalam usus dan mempunyai efek inflamasi).

Tanda: Lesi kulit mungkin ada misalnya: eritema nodosum (meningkat, nyeri tekan, kemerahan dan membengkak) pada tangan, muka; pioderma ganggrenosa (lesi tekan purulen/lepuh dengan batas keunguan) pada paha, kaki dan mata kaki.

m. Interaksi sosial

Gejala: Masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi. Ketidakmampuan aktif dalam sosial.

n. Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala: Riwayat keluarga berpenyakit inflamasi usus

o. Pemeriksaan fisik persistem (B1-B6)

- 1) Breathing (pernapasan): Biasanya ditandai dengan napas pendek dispnea, ditandai dengan takipne dan frekuensi napas menurun.
- 2) Blood (Sirkulasi/kardio): Terdapat takikardi, perubahan perfusi ditandai dengan turgor buruk, kulit pucat.
- 3) Brain (persarafan): Kesadaran composmentis–coma refleks menurun
- 4) Blader (perkemihan): Oliguria, inkontenensia, penurunan jumlah urin akibat kurangnya intake cairan, dehidrasi.
- 5) Bowel (pencernaan): Ditandai dengan anoreksia, mual, muntah, penurunan BB, tidak toleran terhadap diet, kehilangan nafsu makan, feses bervariasi dari bentuk lunak sampai keras, diare, feses berdarah, menurunnya bising usus.
- 6) Bone (muskuloskeletal): Penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi.
- Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit
- Resti infeksi berhubungan dengan luka post operasi

### 2.2.4 Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit Ditandai dengan: a. Gelisah b. Insomnia c. Resah d. Ketakutan e. Sedih f. Fokus pada diri g. Kekuatiran	a. Control cemas b. Koping Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas Normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	a. Penurunan kecemasan - Gunakan pendekatan yang menenangkan R/ meningkatkan bina hubungan saling percaya - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur R/ agar pasien mengetahui tujuan dan prosedur tindakan - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut R/ mengurangi kecemasan pasien - Berikan informasi factual mengenai diagnosis, tindakan prognosis R/ membantu mengurangi tingkat kecemasan - Identifikasi tingkat kecemasan R/ mengetahui tingkat kecemasan pasien - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan R/ membantu pasien agar lebih tenang - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi R/ membantu pasien - Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi R/ cemas berkurang, pasien merasa tenang - Berikan obat R/ untuk mengurangi kecemasan
2	Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan Batasan Karakteristik : a. Laporan secara verbal atau non verbal	a. Skala nyeri b. Kontrol Nyeri Kriteria Hasil : a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi	a. Manajemen nyeri: - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi R/ mengetahui tindakan dan obat yang akan diberikan

<p>b. Fakta dari observasi</p> <p>c. Posisi antalgik (menghindari nyeri)</p> <p>d. Gerakan melindungi</p> <p>e. Tingkah laku berhati-hati</p> <p>f. Muka topeng (nyeri)</p> <p>g. Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)</p> <p>h. Terfokus pada diri sendiri</p> <p>i. Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang lain dan lingkungan)</p> <p>j. Tingkah laku distraksi, contoh jalan-jalan, menemui orang lain dan atau aktivitas berulang-ulang</p> <p>k. Respon autonom seperti berkeringat, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil</p> <p>l. Perubahan otonom dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku)</p> <p>m. Tingkah laku ekspresif (contoh gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah)</p> <p>n. Perubahan dalam nafsu makan dan minum</p> <p>Faktor Yang Berhubungan :</p>	<p>untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>e. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>R/ mengetahui tingkat nyeri pasien</p> <p>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>R/ membantu pasien mengungkapkan perasaan nyerinya</p> <p>- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>R/ untuk memberikan intervensi yang tepat</p> <p>- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>R/ membantu mengurangi nyeri pasien</p> <p>- Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>R/ mengurangi nyeri pasien</p> <p>- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>R/ membantu mengurangi rasa nyeri pasien</p> <p>- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>R/ memberikan intervensi yang tepat</p> <p>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi R/ mengurangi nyeri dengan cara pengobatan non farmakologis</p> <p>- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>R/ nyeri dapat berkurang</p> <p>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>R/ nyeri terkontrol</p> <p>- Tingkatkan istirahat</p> <p>R/ mengurangi nyeri</p> <p>b. Analgesic Administration</p> <p>- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>R/ untuk memberikan intervensi yang tepat</p> <p>- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>R/ benar dalam pemberian obat</p> <p>- Cek riwayat alergi pilihan analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>R/ menentukan obat yang tidak alergi untuk pasien</p>
--	--	---

	Agen injury (biologi, kimia, fisik, psikologis)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>R/ memberikan obat yang sesuai dengan keluhan</li> <li>- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>R/ mengetahui kondisi pasien</li> <li>- Berikan analgesik tepatwaktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>- R/ membantu mengurangi nyeri</li> </ul>
3	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gangguan pada bagian tubuh</li> <li>Kerusakan lapisan kulit (dermis)</li> <li>Gangguan permukaan kulit (epidermis)</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>Eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hipertermia atau hipotermia</li> <li>Substansi kimia</li> <li>Kelembaban udara</li> <li>Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)</li> <li>Immobilitas fisik</li> <li>Radiasi</li> <li>Usia yang ekstrim</li> <li>Kelembaban kulit</li> <li>Obat-obatan</li> </ol> <p>Internal :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perubahan status metabolik</li> <li>Tulang menonjol</li> <li>Defisit imunologi</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gangguan sirkulasi</li> <li>Iritasi kimia (ekskresi dan sekresi</li> </ol>	<p>Integritas kulit dan luka mengalami penyembuhan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Integritas kulit yang baik bisadipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>Perfusi jaringan baik</li> <li>Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sdera berulang</li> <li>Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka</li> </ol>	<p>Mencegah infeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>perawatan luka</li> <li>Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> </ol> <p>R/ menjaga integritas kulit pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaga kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>R/agar kulit tetap lembab</li> <li>- Hindari kerutan pada tempat tidur</li> </ul> <p>R/ menjaga integritas kulit tetap baik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> </ul> <p>R/ membantu agar pasien nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> </ul> <p>R/ mengetahui kondisi integritas kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan</li> </ul> <p>R/ agar kulit tetap terjaga tidak terjadi luka baru</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> </ul> <p>R/ membantu pasien agar bisa mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status nutrisi pasien</li> </ul> <p>R/ mengawasi pasien agar tidak kekurangan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat R/mempertahankan personal hygiene pasien</li> <li>- Observasi luka :lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal.</li> </ul> <p>R/ mengurangi tanda-tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan teknik perawatan luka dengan steril R/mencegah adanya infeksi</li> </ul>



	tubuh, medikasi) c. Defisit cairan, kerusakan mobilitas fisik, keterbatasan pengetahuan, faktor mekanik (tekanan, gesekan) kurangnya nutrisi, radiasi, faktor suhu (suhu yang ekstrim)		
4	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Prosedur Infasif</li> <li>Tidakcukupan pengetahuan untuk menghindari paparan pathogen</li> <li>Trauma</li> <li>Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan</li> <li>Ruptur membran amnion</li> <li>Agen farmasi (imunosupresan)</li> <li>Malnutrisi</li> <li>Peningkatan paparan lingkungan pathogen</li> <li>Imonusupresi</li> <li>Ketidakadekuatan imun buatan</li> <li>Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi)</li> <li>Tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Status imun</li> <li>Control infeksi</li> <li>Risiko control</li> </ol> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya,</li> <li>Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p>a. Infection Control (Kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>/mengurangi resiko infeksi</li> <li>Pertahankan teknik isolasi</li> <li>/menurunkan resiko kontaminasi silang</li> <li>Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>/menurunkan resiko infeksi</li> <li>Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>/mencegah terjadinya kontaminasi silang</li> <li>Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>/mencegah terpajan pada organisme infeksius</li> <li>Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>/menurunkan resiko infeksi</li> <li>Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>/mempertahankan teknik steril</li> <li>Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>/membantu meningkatkan respon imun</li> <li>Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>/mencegah terjadinya infeksi</li> </ul> <p>b. Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> </ul> <p>R/mengidentifikasi keadaan umum pasien dan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor hitung granulosit, WBC</li> </ul> <p>R/ mengidentifikasi adanya infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> </ul> <p>R/ menghindari resiko infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berikan perawatan kulit pada area epidema</li> </ul> <p>R/ meningkatkan kesembuhan</p>

	peristaltik) m. Penyakit kronik		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>R/mengetahui tingkat kesembuhan pasien</li> <li>- Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>R/ membantu meningkatkan status pertahanan tubuh terhadap infeksi</li> <li>- Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>R/ mempertahankan teknik aseptik</li> <li>- Laporkan kultur positif</li> <li>R/ mengetahui terjadinya infeksi pada luka</li> </ul>
--	------------------------------------	--	---

### 2.2.5 Implementasi keperawatan

Implementasi di buat berdasarkan rencana yang telah disusun dengan melihat pada kebutuhan dari pasien. Implementasi yang dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan kontinuitas jaringan.
  - a. Melakukan pengkajian nyeri dengan metode PQRST
  - b. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
  - c. Melakukan kompres hangat/dingin pada area yang nyeri
  - d. Melakukan masase pada daerah yang nyeri
  - e. Melayani injeksi analgetik sesuai permintaan
  - f. Mengobservasi tanda-tanda vital
- 2) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan post op tumor abdomen
  - a. Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang di tutup dengan jahitan, klip atau straples
  - b. Memonitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi
  - c. Membersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril
  - d. Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program.
- 3) Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit
  - a. Gunakan pendekatan yang menyenangkan
  - b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien
  - c. Jelaskan semua prosedur tindakan dan apa yang dirasakan selama prosedur.

- d. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien
  - e. Dengarkan dengan keluhan pasien penuh perhatian
  - f. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan
- 4) Resti infeksi berhubungan dengan luka post operasi
- a. Observasi tanda-tanda vital
  - b. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan setiap pasien.
  - c. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi .
  - d. Batasi jumlah pengunjung.
  - e. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan.
  - f. Lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal.
  - g. Pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal / Universal precautions.
  - h. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.
  - i. Berikan terapi antibiotik sesuai dengan yang dianjurkan.

#### **2.2.6 Evaluasi**

Adalah bagian terakhir dari proses keperawatan semua tahap proses keperawatan harus dievaluasi. Hasil asuhan keperawatan dengan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini didasarkan pada hasil yang diharapkan atau perubahan yang terjadi pada klien. Adapun sasaran evaluasi pada klien dengan tumor abdomen.

Evaluasi agar dapat dilakukan pada setiap diagnosa keperawatan antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan kontinuitas jaringan.  
 S: pasien mengatakan tidak nyeri lagi  
 O: Pasien tampak rileks, ekspresi wajah tenang, skala nyeri 0 (0-10),  
 pasien dapat menggunakan analgesic yang tepat sesuai anjuran  
 A: Masalah teratasi  
 P: Intervensi dihentikan.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi.  
 S: pasien mengatakan lukanya tampak bersih

O: luka tampak bersih, balutan tampak bersih

A: Masalah teratasi

P: Intervensi dihentikan

3. Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit

S: pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi

O: pasien tampak rileks dan tenang

A: Masalah teratasi

P: Intervensi dihentikan

4. Resti infeksi berhubungan dengan luka post operasi

S: pasien mengatakan lukanya tidak terasa sakit, bengkak dll.

O: luka dan balutan tampak bersih

A: Masalah teratasi

P: Intervensi dihentikan

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

Pasien berjenis kelamin perempuan berinisial Ny.P.B.N yang bertempat tinggal di Desa penfui Timur. Pasien berumur 40 tahun, Beragama Kristen Katolik, Pendidikan terakhir S1, sudah menikah, suku Belu, sekarang bekerja sebagai Guru kontrak dan yang sebagai penanggung jawab adalah suaminya.

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019. Keluhan utama yang dirasakan pasien adalah keluar nanah /pus dari lubang operasi dan mengeluh nyeri pada bagian perut. Riwayat keluhan utama: pasien diantar ke RSUD. Prof W.Z Johaness dengan keluhan keluar nanah /pus dari lubang operasi (selang drainase) dan mengeluh nyeri pada bagian perut saat beraktifitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (skala 0-10) yaitu nyeri sedang. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami yaitu dengan membawa pasien untuk berobat ke rumah sakit.

Riwayat penyakit sebelumnya pasien tidak pernah menderita penyakit sebelumnya, tidak mempunyai riwayat alergi. Pasien pernah menjalani operasi yaitu operasi tumor abdomen pada tahun 2019 bulan April.

Riwayat keluarga pasien anak kedua dari 8 bersaudara, pasien mempunyai 3 saudara laki-laki dan 4 saudara perempuan. Pasien sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak terdiri dari 3 orang anak perempuan dan 1 anak laki-laki tetapi sudah meninggal. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV pasien: TD: 110/80 mmHg, N: 110x/m, RR: 20x/m, S: 37,6° C.

Pada pemeriksaan fisik secara head to toe didapatkan: Kepala dan leher: Rambut berwarna hitam, keadaan bersih. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Kardio: Inspeksi bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada udema, vena jugularis teraba. Respirasi: Palpasi tidak ada pembesaran dada, Perkusi bunyi timpani dan Auskultasi bunyi napas vesikuler. Gerakan dada simetris, irama napas (20x/menit), pola napas teratur serta tidak ada retraksi dinding dada. Pencernaan: tampak simetris dan bising usus normal, terdapat luka drainase pada bagian perut dengan skala nyeri 6 (skala 0-10) yaitu nyeri sedang, dan bengkak pada area luka. Musculoskeletal: kekuatan otot penuh, tidak ada nyeri dan edema. Neurologis: kesadaran CM dengan GCS: E4M5V6, pupil isokor, tidak ada kejang dll. Integumen terdapat luka pada daerah post op pada bagian perut, turgor kulit baik. Perkemihan: tidak ada gangguan dan tidak menggunakan alat bantu (kateter). Endokrin: tidak ada kelainan/keluhan. Reproduksi: riwayat persalinan dirumah sakit dan tidak ada riwayat abortus.

Kegiatan sehari-hari pasien (ADL) seperti nutrisi: pola makan teratur, makan 3x/hari tetapi nafsu makan menurun, banyaknya minum dalam sehari 4-5 gelas/hari. BB: 44kg, TB: 152cm. Eliminasi: BAK: 3-4x/hari warna kuning. Sedangkan BAB 2-3x/hari, warna kuning dengan konsistensi lembek. Olahraga: tidak ada. Istirahat tidur malam pukul 22.00 Wib dan bangun 04.30. sedangkan tidur siang 14.00 dan bangun 15.00.

Pasien dalam melakukan interaksi sosialnya paling banyak dengan suami dan anak-anak, pasien tidak mengikuti organisasi sosial, keadaan lingkungan bersih dengan memiliki rumah sendiri. Kemudian dalam mengatasi masalah pasien biasanya berdiskusi dengan suami. Dalam menjalankan ibadah pasien selalu mengikuti dan selalu pergi ke gereja. Keadaan psikologis, koping pasien baik dan pasien berharap segera sembuh serta pola interaksi selalu berespon saat ditanya. Pada penatalaksanaan pasien diberikan obat-obatan seperti IVFD RL 500 Cc/ 24 jam = 20 tetes/menit, ketorolac 2x30mg, ranitidine 1 amp intra vena dan antrain 1 amp intra vena.

### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab dan data pendukung masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny.P.B.N adalah nyeri akut yaitu Pasien mengatakan sakit pada tempat operasi dibagian perut, saat bergerak. Adanya nyeri tekan, Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka, Skala nyeri 6 (skala 1-10) yaitu nyeri sedang. Pada masalah keperawatan kerusakan integritas kulit yaitu pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op pada bagian perut. Sedangkan pada masalah keperawatan risiko infeksi yaitu Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang waktu operasi, tampak keluar PUS dari bekas selang drainase, tercium bau dari luka, tampak keluar PUS semakin banyak pada saat ditekan, tampak luka tertutup kasa steril, kadar Lekosit 9,75 (NN4,0-10.0), TTV :TD : 110/80 mmHg, Nadi : 110 kali/menit, Suhu: 37,6 °C, RR : 20 kali/menit.

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan ada tahap goal, objektif, *Nursing Outcome Clasification (NOC)* dan *Nursing Intervantion Classification (NIC)* yang dibuat adalah diagnosa pertama gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (Tumor abdomen) yang ditandai pasien mengeluh nyeri pada bagian perut saat beraktifitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (skala 0-10) yaitu nyeri sedang. Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit. *Nursing Outcome Clasification (NOC)* pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 1 x 30 menit perawatan pasien akan menunjukan outcome pertama, control nyeri (1605) yang diharapkan meningkat dari skala 2 (jarang menunjukan) menjadi skala 4 (sering menunjukan). Lima indikator yang diambil yaitu mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan, menggunakan tindakan nyeri tanpa analgesic, melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional



kesehatan. Kedua tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan) outcomes yang memiliki 22 indikator. Tetapi hanya 2 indikator yang penulis ambil sedangkan 20 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 2 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan dan tekanan darah. NIC yaitu: intervensi pemberian analgesic (2210) enam aktivitas yang diambil yaitu: pertama, cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesic yang diresepkan. Kedua, cek adanya riwayat alergi obat, ketiga, tentukan analgesic sebelumnya, rute pemberian dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal dan yang keempat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesic pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasa. Intervensi manajemen nyeri (1400). Empat aktivitas yang diambil yaitu pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif Provocate, Quality, Respon, Severe, Time (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesic bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).

Diagnosa kedua kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi yang ditandai dengan terdapat luka pada daerah post op pada bagian perut. Diagnosa keperawatan kedua berhubungan dengan gejala terkait penyakit. *Nursing Outcome Clasification (NOC)* pasien akan bebas dari kerusakan integritas kulit selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes pertama penyembuhan luka yaitu dengan indikator: Integritas kulit yang baik bisadipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami, tidak ada tanda-tanda infeksi, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka. Intervensi perawatan luka yaitu ada 5 aktifitas:

1).Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2).Jaga kulit agar tetap bersih dan kering. 3).Monitor kulit akan adanya kemerahan. 3).Monitor status nutrisi pasien. 4).Observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal. 5).lakukan teknik perawatan luka dengan steril.

Diagnosa ketiga risiko infeksi berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen) yang ditandai keluar nana/pus dari lubang operasi (selang drainase). Diagnosa keperawatan ketiga berhubungan dengan gejala terkait penyakit. *Nursing Outcome Classification (NOC)* pasien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcome pertama Kontrol Risiko: Proses Infeksi, yaitu : tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman terkena infeksi, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). Indikatornya (192425) Mencari informasi terkait kontrol infeksi, (192426) Mengidentifikasi factor risiko infeksi, (192401) Mengenali factor risiko individu terkait infeksi, (192403) Mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi, (192405) Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi, (192415) Mencuci tangan, (192421) Melakukan tindakan segera untuk mencegah infeksi. Intervensi Kontrol Infeksi (6540) yaitu ada 9 aktivitas, 1).Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan setiap pasien. 2).Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi 3).Batasi jumlah pengunjung 4).Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan. 5).Lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal 6).Pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions. 7).Observasi tanda-tanda vital 8).Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 08.00-08.50 dilakukan implementasi gangguan rasa aman nyaman: nyeri

akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen) yaitu dengan melakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Memasang infus NaCl 0,9% 6 jam/20 tpm, memberikan injeksi obat anti nyeri (ranitidine, keterolac 1 amp/IV), mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, mengambil darah vena. Pukul 09.00-09.50 dilakukan implementasi integritas kulit yaitu menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, menjaga kulit agar tetap bersih dan kering, memonitor kulit akan adanya kemerahan, memonitor status nutrisi pasien, mengobservasi luka :lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal dan melakukan teknik perawatan luka dengan steril. Pukul 10.00-10.50 melakukan implentasi risiko infeksi yaitu membersihkan lingkungan dengan baik, setelah digunakan setiap pasien, mengganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan, melakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal, memakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions, dan mengobservasi tanda-tanda vital.

### **3.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, assesmen, planning (SOAP). Untuk diagnose gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen). Subjektif: pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dari skala 5 ke skala 3, Objektif: pasien tampak nyaman, hasil TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 93x/mnt, Suhu: 37°C, Respiration Rate: 18x/mnt, Assesment:

masalah teratasi sebagian, Planing: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa kerusakan integritas kulit. Subjekif: pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op abdomen. Objektif: terdapat luka sayatan pada bagian

abdomen luka tampak merah, TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 93x/mnt, Suhu: 37°C, Respiration Rate: 18x/mnt. Assesment: masalah

teratasi sebagian, Planing: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa risiko infeksi. Subjektif: Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang waktu operasi. Objektif: tampak keluar PUS dari bekas selang drainase, tercium bau dari luka, tampak keluar PUS semakin banyak pada saat ditekan, tampak luka tertutup kasa steril, kadar Lekosit 9,75 (NN4, 0-10.0), TTV: TD: 110/80 mmHg, Nadi: 110 kali/menit, Suhu: 37,6°C, RR: 20 kali/menit. Asesment: Risiko infeksi masih bisa terjadi Planing: Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019. Keluhan utama yang dirasakan pasien adalah keluar nanah /pus dari lubang operasi dan mengeluh nyeri pada bagian perut. Pasien diantar ke RSUD. Prof W.Z Johannes dengan keluhan keluar nanah /pus dari lubang operasi (selang drainase) dan mengeluh nyeri pada bagian perut saat beraktifitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (skala 0-10) yaitu nyeri sedang.

Tumor adalah: merupakan kumpulan sel abnormal yang terbentuk oleh sel sel yang tumbuh terus menerus, tidak terbatas, tidak terkoordinasi dengan jaringan disekitarnya serta tidak berguna bagi tubuh. (Kusuma, Budi, 2001). Tumor adalah benjolan yang disebabkan oleh pertumbuhan sel dengan pertumbuhan yang terbatas dan lonjong (Oswari, 2000). Tumor adalah massa padat besar, meninggi dan berukuran lebih dari 2 cm. (Carwin & Elizabeth. J. 2000).

Berdasarkan kasus pada Ny.P.B.N, terdapat benjolan pada abdomen bagian kiri sebesar kepalang tangan dengan panjang  $\pm$  10 cm dan tinggi  $\pm$  3-4 cm. kondisi benjolan pada pasien tampak bengkak, bernanah dan kemerahan. Sedangkan luka post op yang ada pada pasien dengan panjang  $\pm$  2 cm dan kondisi pada luka basah dan keluar nanah /pus dari lubang operasi (selang

dainage) dan mengeluh nyeri. Kondisi pada pasien menunjukkan hasil yang sama dengan teori.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada satu diagnose yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan *North American Nursing Diagnosis Asocation (NANDA)* klasifikasi 2015-2017 yaitu gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut yaitu Pasien mengatakan sakit pada tempat operasi dibagian perut, saat bergerak Adanya nyeri tekan, Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka, Skala nyeri 4 (skala 1-10) yaitu nyeri sedang. Pada masalah keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post op yaitu pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op pada bagian perut. Sedangkan pada masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi. yaitu Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang waktu operasi, tampak keluar PUS dari bekas selang drainase, tercium bau dari luka, tampak keluar PUS semakin banyak pada saat ditekan, tampak luka tertutup kasa steril, kadar Lekosit 9,75 (NN4,0-10.0), TTV: TD: 110/80 mmHg, Nadi: 110 kali/menit, Suhu: 37,6°C, RR: 20 kali/menit.

Menurut Wilkson (2013), terdapat beberapa diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan tumor abdomen post op yaitu Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi, cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit, dan resti infeksi berhubungan dengan luka post operasi.

Pada kasus nyata diagnosa keperawatan yang ditegakan pada Ny.P.B.N adalah Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi, dan resti infeksi berhubungan dengan luka post operasi. Berdasarkan teori dan kasus nyata maka di temukan satu diagnosa yang tidak di tegakan pada Ny.P.B.N adalah cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang penyakit. Hal ini dikarenakan tidak di temukan data-data pendukung

kecemasan pada pasien seperti peningkatan laju pernapasan, gelisah, sering bertanya terhadap keadaan yang dialami. Selain itu juga pasien sudah banyak tahu tentang penyakit yang dialaminya seperti mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala penyakit yang dialaminya. Kemudian hal yang tidak membuat pasien cemas karena penyakit yang dialami bukan penyakit yang baru lagi. Penyakit yang dialaminya sudah sering membuat pasien keluar masuk rumah sakit. Oleh karena itu diagnosa kecemasan tidak diangkat karena tidak cukup data untuk menunjang diagnose tersebut

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Diagnosis pertama gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen) yang ditandai dengan sakit pada tempat operasi dibagian perut, saat bergerak Adanya nyeri tekan, Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka, Skala nyeri 4 (skala 1-10) yaitu nyeri sedang. Dipilih sebagai diagnosa pertama karena dapat mengancam jiwa. Pada diagnosa pertama adalah gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen) goal dari diagnose ini adalah pasien akan terhindar dari nyeri selama dalam perawatan dengan objektifnya dalam jangka waktu 1x24 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dari 4 menjadi 3. Perencanaan diagnosis gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (Tumor abdomen) perencanaan yang dibuat untuk diagnosis ini adalah lakukan 1).Pengkajian nyeri secara komperensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi dapat berkomunikasi secara efektif. Rasionalnya untuk mengetahui pengkajian nyeri pasien. 2). Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri rasionalnya: Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri (1400).

Intervensi yang penulis ambil ini diambil ini dikarenakan sesuai dengan kondisi/data yang ditemukan pada pasien. Aktivitas yang diambil yaitu: pertama lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif, Provocate,

Quality, Region, Severe, Time (PQRST), Kedua observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, ketiga pastikan perawatan analgesic bagi pasien, keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).

Diagnosis kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post op yaitu objektif dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes pertama penyembuhan luka yaitu dengan indikator: Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami, tidak ada tanda-tanda infeksi, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka. Intervensi perawatan luka yaitu ada 5 aktifitas: 1).Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2).Jaga kulit agar tetap bersih dan kering. 3).Monitor kulit akan adanya kemerahan. 3).Monitor status nutrisi pasien. 4).Observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal. 5).lakukan teknik perawatan luka dengan steril. Pada intervensi untuk kerusakan integritas kulit, semua rencana tindakan dilakukan pada pasien karena data yang ada menunjang untuk dilakukan rencana tindakan keperawatan.

Diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi. Goal dari diagnose ini adalah pasien akan terhindar dari nyeri selama dalam perawatan dengan objektifnya dalam jangka waktu 3x24 jam di harapkan tidak terjadi infeksi. Perencanaan yang dibuat untuk diagnosis ini adalah lakukan yaitu 1).Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan setiap pasien. 2).Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi 3).Batasi jumlah pengunjung 4).Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan. 5).Lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal 6).Pakai sarung tangan sebagaimana

dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions.  
7).Observasi tanda-tanda vital 8).Pastikan teknik perawatan luka yang tepat.

#### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 08.15 dilakukan implementasi gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tumor abdomen) yaitu dengan melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intervensi atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. Memasang infus NaCl 0,9% 6 jam/20 tpm, memberikan obat antihipertensi kaptopril 25 mg/oral, memberikan injeksi obat anti nyeri (ranitidine, keterolac 1 amp/IV), mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, mengambil darah vena. Pukul 09.00-09.50 dilakukan implementasi integritas kulit yaitu menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, menjaga kulit agar tetap bersih dan kering, memonitor kulit akan adanya kemerahan, memonitor status nutrisi pasien, mengobservasi luka :lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal dan melakukan teknik perawatan luka dengan steril. Pukul 10.00-10.50 melakukan implentasi risiko infeksi yaitu membersihkan lingkungan dengan baik, setelah digunakan setiap pasien, mengganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi, Membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan, melakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal, memakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions, dan mengobservasi tanda-tanda vital.

#### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil studi kasus yang dilakukan pada Ny.P.B.N diruangan Asoka kamar C1 RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang pada tanggal 27 Mei 2019. Evaluasi keperawatan pada Ny.P.B.N menggambarkan kondisi Ny.P.B.N pada masalah keperawatan nyeri akut sudah mulai berkurang



ditandai dengan nyerinya sudah mulai berkurang, raut wajah pasien tampak tenang, dan rileks. Sedangkan untuk masalah risiko infeksi tidak terjadi infeksi ditandai dengan lukanya kering, keluaran nanah sudah berkurang. Dan kasus yang didapatkan bahwa masalah nyeri akut, kerusakan integritas kulit, dan risiko infeksi sudah teratasi sebagian. Tahap evaluasi keperawatan menggunakan metode subjektif, objektif, assesmen, planning (SOAP). Metode ini digunakan untuk membandingkan perubahan kesehatan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan masalah keperawatan nyeri akut dan risiko infeksi sudah teratasi sebagian, ini dikarenakan hasil pemeriksaan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah teratasi sebagian, sehingga pencapaian tujuan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan tersebut dapat tercapai sebagian.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tumor Abdomen pada Ny. P.B.N diruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang pada tanggal 26 mei 2019 pukul 02.20 wita, kemudian membandingkan antara teori dan kasus, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 4.1.1 Pada saat pengkajian pasien mengeluh keluhan keluar nana/pus dari lubang operasi (selang drainage) dan mengeluh nyeri pada bagian perut saat beraktifitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (skala 0-10) yaitu nyeri sedang. Pada pemeriksaan fisik didapatkan TTV pasien: TD: 110/80 mmHg, N: 110x/m, RR: 20x/m, S: 37,6°C, pasien riwayat tumor abdomen.
- 4.1.2 Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosis keperawatan yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan *North American Nursing Diagnosis Asocation (NANDA)* klarifikasi 20015-2017 yaitu nyeri akut berhubungan dengan gejala terkait penyakit (Tumor abdomen), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post op dan risiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi.
- 4.1.3 Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien. Pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis, dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P.B.N penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami klien dengan melakukan pengkajian nyeri secara komperensif, memasang infus, memberikan obat anti nyeri, mengajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, mengambil darah vena. Rncana tindakan untuk diagnosa integritas kulit yaitu anjurkan

pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kulit agar tetap bersih dan kering, monitor kulit akan adanya kemerahan, monitor status nutrisi pasien, observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal dan lakukan teknik perawatan luka dengan steril. Sedangkan untuk mengatasi masalah risiko infeksi penulis melakukan tindakan, bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan setiap pasien, ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi, Batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan, lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal, pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions, Observasi tanda-tanda vital, pastikan teknik perawatan luka yang tepat.

- 4.1.4 Implementasi yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, evaluasi keperawatan pada Ny. P.B.N menggambarkan kondisi Ny. P.B.N Sudah mulai membaik ditandai dengan nyeri berkurang, leher tidak tegang lagi, tidak ada tanda kerusakan integritas kulit dan tidak pusing dan tidak terjadi infeksi.
- 4.1.5 Hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan masalah keperawatan nyeri akut, kerusakan integritas kulit dan risiko infeksi sudah teratasi sebagian, ini dikarenakan hasil pemeriksaan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah teratasi sebagian, sehingga pencapaian tujuan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan tersebut dapat tercapai sebagian.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D III Keperawatan Kupang khususnya pada keperawatan medikal bedah terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan gawat darurat bagi peneliti lain.

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, agar dapat menjadi masukan dan bahan acuan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan jenis observasi yang berbeda dan perlu diuji validitasnya dan lebih kepada asuhan keperawatan komperhensif pada pasien yang menderita tumor otak.

#### **4.2.2 Bagi Rumah Sakit**

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor otak hendaknya perawat ruangan memberikan pembekalan penanganannya di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti menasehati pasien untuk mengkonsumsi makanan sesuai diet, rutin meminum obat sesuai jadwal.

#### **4.2.3 Bagi Pasien**

Diharapkan sebagai pedoman untuk mencari informasi dan mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialaminya.

#### **4.2.4 Bagi Penulis**

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan pasien Tumor Abdomen dan menambah wawasan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien yang menderita Tumor Abdomen.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & Dotcherman, J.M. 2008. Nursing Interventions Classification, 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- T. Heater Herdman, dkk. NANDA nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017. Philadelphia: NANDA International.
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis, NANDA, dan N0C-NIC Jilid 1. Yogyakarta: MediAction.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanson, E. 2008. Nursing Outcomes Classification, 4 th edition. Mosby Elsevier.
- Smeltzer, Suzanna C. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddartedisi 8 volume 1, 2, 3. Jakarta: EGC.
- Sjamsuhidajat, R, Jong, W.D.(2005). Soft Tissue Tumor dalam Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2. Jakarta : EGC
- Nurarif A, H, dkk. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-Noc, Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta : Mediaction Jogja.

## Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK  
INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN DAN  
PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA  
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN  
KEMENKES KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp : (0380)  
8800256; Fax (0380) 8800256; Email: poltekkes  
[kupang@yahoo.com](mailto:kupang@yahoo.com)

Nama : YONATHAN Y MIHA DIMU  
Mahasiswa  
NIM : PO. 530320116378

### Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : NY. P.B.N.  
Ruang/Kamar : ASOKA / C 1  
Diagnosa Medis : POST OP TUMOR ABDOMEN  
No. Medical Record : 39 40 28  
Tanggal Pengkajian : 27 - 05 – 2019 Jam : 12.00  
Masuk Rumah Sakit : 25 - 05 – 2019 Jam : 15.25

### Identitas Pasien

Nama Pasien : NY. P.B.N Jenis Kelamin : Perempuan  
Umur/Tanggal Lahir : 40 tahun / 06-02-1979 Status Perkawinan : Kawin  
Agama : Kristen Katolik Suku Bangsa : Belu  
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Guru

Alamat : Desa penfui  
Timur

### Identitas Penanggung

Nama : TN.Y.M.D Pekerjaan : PNS  
Jenis Kelamin : Laki – laki Hubungan dengan klien : suami  
Alamat : Desa penfui  
Timur

### Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan :pasien mengeluh keluar cairan putih (nanah), pus dari bekas lubang drain tempat operasi
- Lokasi : perut sebelah kiri bawah

## 2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan: setelah 1 minggu di rumah melepas drain dari abdomen
- Sifat keluhan: rasa tertusuk
- Lokasi: abdomen bagian kiri bawah
- Keluhan lain yang menyertai: pasien mengatakan rasa tidak nyaman karena bau pus.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan: post op tumor abdomen
- Apakah keluhan bertambah / berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat berbaring dan keluhan bertambah saat aktivitas
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan :berobat ke rumah sakit

## 3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita :
  - √tidak
- Riwayat Alergi ; tidak ada
- Riwayat Operasi YA √Jenis : Tumor Abdomen : waktu 02-04-2019

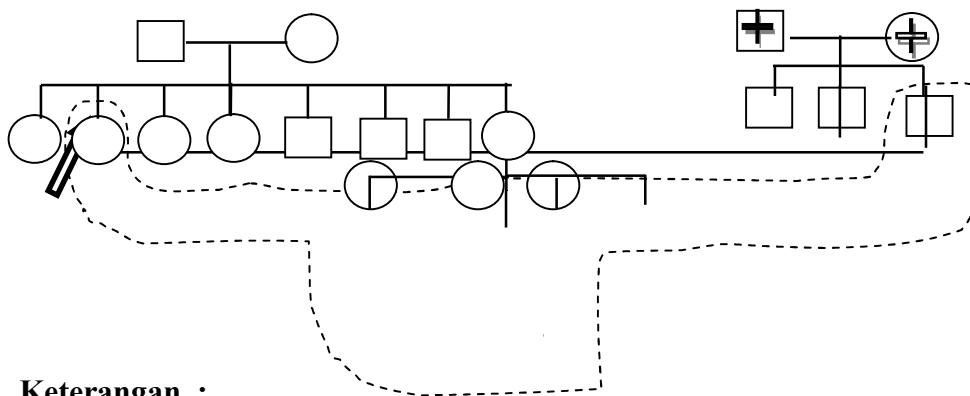
## 4. Kebiasaan

- Merokok
  - Ya: Jumlah: √Tidak, waktu
- Minumalkohol
  - Ya: Jumlah: waktu \* tidak√
- Minum kopi :
  - Ya: Jumlah √ tidak,waktu lamanya
- Minum obat-obatan

- Tidak✓

### Riwayat Keluarga / Genogram (diagram tiga generasi) :

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*



#### Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ➔ = Pasien
- = Tinggal Serumah
- ☠ = Laki Laki Meninggal
- ☠ = Perempuan Meninggal
- ⊕ = Pemeriksaan Fisik

#### 1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 100 /70 mmHg - Nadi : 82 x/ m
- Pernapasan : 20 x / m - Suhu badan : 36 °C

#### 2. Kepala dan leher

- Kepala :
  - Sakit kepala : tidak ada
  - ya ✓□ tidak,
  - Bentuk, ukuran dan posisi:
    - ✓□ normal □ abnormal, jelaskan :
  - Lesi : ✓□ ada, □ tidak ada ( Luka post op Cranial )
  - Masa : □ ada, ✓□ tidak ada
  - Observasi Wajah : ✓□ simetris □ asimetri,
- Penglihatan :



- Konjungtiva: anemis ✓/tidak
- Sklera: ikterik ✓/tidak
- Pakai kacamata : ☐Ya                    ✓/tidak
- Penglihatan kabur : ☐Ya, ✓/tidak
- Nyeri : tidak ada
- Peradangan : tidak ada
- Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
  - Gangguan pendengaran : ✓/ ☐Ya                    ☐tidak
  - Nyeri : ☐Ya                    ✓/tidak
  - Peradangan : ☐Ya    ✓/tidak
- Hidung
  - Alergi Rhinnitus : ☐Ya    ✓/tidak
  - Riwayat Polip: ☐Ya, ✓/tidak
  - Sinusitis : ☐Ya, ✓/tidak
  - Epistaksis : ☐Ya, ✓/tidak
- Tenggorokan dan mulut
  - Keadaangigi : tampakbersih
  - Caries : ☐Ya,                    ✓/tidak
  - Memakai gigi palsu : ☐Ya,                    ✓/tidak
  - Gangguan bicara : ☐Ya,                    ✓/tidak
  - Gangguan menelan : ☐Ya,                    ✓/tidak
  - Pembesaran kelenjar leher : ☐Ya,                    ✓/tidak

### 3. SistemKardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐Ya,                    ✓/tidak
- Inspeksi :

Kesadaran/ GCS : composmentis                    = E 4. V= 5, M- 6 = 15

Bentuk dada : ☐abnormal ,                    ✓/ ☐ normal

Bibir : ☐sianosis                    ✓/ ☐ normal

Kuku : ☐sianosis                    ✓/ ☐ normal

Capillary Refill : ☐ Abnormal ☒ normal < 3 det  
Tangan : ☐ Edema ☒ normal  
Kaki : ☐ Edema ☒ normal  
Sendi : ☐ Edema ☒ normal  
- Ictus cordis/Apical Pulse: ☒ Teraba ☐ tidak teraba  
- Vena jugularis : ☐ Teraba ☒ tidak teraba  
- Perkusi : pembesaran jantung : Normal  
- Auskultasi : BJ I : ☐ Abnormal ☒ normal  
BJ II : ☐ Abnormal ☒ normal  
Murmur : tidak ada

#### 4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada  
- Inspeksi :  
Jejas : ☐ Ya, ☒ tidak  
Bentuk Dada : ☐ Abnormal, ☒ Normal  
Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, ☒ normal  
Irama Napas : ☒ teratur ☐ tidak teratur  
Retraksi otot pernapasan: ☐ Ya ☒ tidak  
Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ Ya, ☒ tidak  
- Perkusi : Cairan : ☐ Ya ☒ tidak  
Udara : ☐ Ya ☒ tidak  
Massa : ☐ Ya ☒ tidak  
- Auskultasi :  
Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal  
Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal  
• Ronchi : ☐ Ya ☒ tidak  
• Wheezing : ☐ Ya ☒ tidak  
• Krepitasi : ☐ Ya ☒ tidak  
• Rales : ☐ Ya ☒ tidak  
Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

#### 5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : tidak ada

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : ☐ Abnormal, ☒ Normal

- Keadaan bibir : ☐ lembab ☒ kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : merah muda

Luka/ perdarahan : ☐ Ya, ☒ tidak

Tanda-tanda radang : ☐ Ya, ☒ tidak

Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : cokelat

Luka : ☒ Ya, bekas drainase pada abdomen

Pembesaran : ☒ **Abnormal**, pembengkakan pada perut bagian kiri bawah

- Keadaan rektal

Luka : ☐ Ya, ☒ tidak

Perdarahan : ☐ Ya, ☒ tidak

Hemoroid : ☐ Ya, ☒ tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : ☐ Ya, ☒ tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 10 x/,menit../ baik +)

d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, adanya asites ☒  
normal

Udara : ☐ Abnormal, ( kembung ) ☒  
normal

Massa : ☐ Abnormal, ☒  
normal

e. Palpasi:

f. Tonus otot: : ☒ **Abnormal**, ☐ normal kelemahan pada  
ekstremitas atas dan bawah

Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal

Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

## 6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : nyeri pada area luka,

- b. Tingkat kesadaran:composmentis, GCS (E/M/V): 15
- c. Pupil : ☒ Isokor ☐ anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Jeniskelumpuhan : ☐ Ya, ☒ tidak
- f. Parasthesia : ☐ Ya, ☒ tidak
- g. Koordinasigerak : ☐ Abnormal, ☒ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal
- i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

#### 7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : hambatan mobilitas fisik
- b. KelainanEkstremitas : ☐ ada, ☒ tidakada
- c. Nyeri otot : ☒ ada ☐ tidak (ada pada ekstremitas atas dan bawah )
- d. Nyeri Sendi : ☐ ada ☒ tidakada
- e. Refleksisendi : ☐ abnormal, ☒ normal
- f. kekuatanotot : ☐ Atropi ☐ hiperthropi ☒ normal

5 5  
5 5

#### 8. SistemIntegumentari

- a. Rash : ☐ ada, ☒ tidakada
- b. Lesi : ☒ adapadadaerah post op
- c. Turgor : baikWarna : sawomatang
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Petechie : ☐ ada, ☒ Tidakada
- f. Lain lain:tidakada

#### 9. SistemPerkemihan

- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☐ retensi
- gross hematuri ☐ disuria ☐ poliuri
- olig ☐ anuri ☐ ☐

- b. Alat bantu (kateter, dll) ☐ ya ☒ tidak
- c. Kandung kencing : membesar ☐ ya ☒ tidak
- d. nyeri tekan ☐ ya ☒ tidak
- e. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- f. Intake cairan : ☐ oral :400 cc/hr ☐ parenteral :1000cc
- g. Bentuk alat kelamin : ☒ Normal ☐ Tidak normal,
- h. Uretra : ☒ Normal ☐ Hipospadia/Epispadia
- Lain-lain : tidak ada

#### 10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ☐ ada, ☒ tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

#### 11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita :Siklus menstruasi : -
- Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☐ normal
  - Riwayat Persalinan:-
  - Abortus:-
  - Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, ☐ normal
  - Lain-lain:-
- c. Pria :Pembesaran prostat : ☐ ada ☐ tidak ada
- d. Lain-lain : tidak ada

#### 12. Pola Kegiatan Sehari - hari (ADL)

##### A. Nutrisi

1. Kebiasaan :
  - Pola makan : teratur
  - Frekuensi makan : 3x sehari
  - Nafsu makan : menurun
  - Makanan pantangan :tidak ada

- Makanan yang disukai : buah apel
- Banyaknya minuman dalam sehari 400 cc ( 4-5 gelas kecil )
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- Sebelum sakit BB : 44 kg      TB : 152 cm
- Penurunan BB : kg, dalam waktu :

2. Perubahan selama sakit :

Tidak ada perubahan

#### B. Eliminasi

##### 1. Buang air kecil (BAK)

###### a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3-4 x      Warna : kuning

Bau : amoniak, Jumlah / hari : kurang lebih      200 cc

###### b. Perubahan selama sakit :

##### 2. Buang air besar (BAB)

###### a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari

Warna : kecoklatan

Konsistensi : lembik

###### b. Perubahan selama sakit : BAB dibantu keluarga

###### c. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : jalan kaki di rumah

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : sesuai jadwal terapi di rumah

#### C. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 04.00

- Tidur siang jam : 14.00

Bangun jam : 15.00

- Apakah mudah terbangun : ya

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :-

#### Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suami dan anak
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik

Status rumah : milik sendiri

Cukup / tidak : cukup

Bising / tidak

Banjir / tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai / terdekat :Yasuami

5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :dengan berdiskusi mencari solusi

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga :baik

#### **Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya di rumah

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : umat di gereja katolik

#### **Keadaan Psikologis Selama Sakit**

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.

2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : - menerima keadaannya sakitnya

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : bai

#### **Data Laboratorium & Diagnostik**

##### **a. Pemeriksaan Darah**

No	enis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil pemeriksaan			
			25- 05- -2019			
	emoglobin	,0-18,0 g/dl	5			
	mlah eritrosit	50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$	21			
	ematokrit	,0-54,0 %	,4			
	CV	,0-96,0 fL	,1			
	CH	.0-36.0 pg	,8			
	DW-CV	,0-16,0 %				

RDW-SD	54 fL				
ml. Lekosit	0 – 10.0 $10^3/\mu\text{l}$				
sinofil	0 – 5.0 %				
utrofil	– 70 %	,2			
mfosit	– 40 %	,3			
onosit	3 %	,5			
mlah Netrofil	50 – 7.00 $10^3/\mu\text{l}$	34			
mlah limfosit	00-3.70 $10^3/\mu\text{l}$				
mlah Monosit	00-0.70 $10^3/\mu\text{l}$	02			
mlah trombosit	0-400. $10^3/\mu\text{l}$	2			
RDW	0-17,0 fL	9			
CT	7 – 0,35 %	54			
APT	41 $\mu\text{l}$				
DOT	35 $\mu\text{l}$				
ukosa darah	-115				

### Diagnostik Test

#### 1. Foto Rontgen

- Fotogigi dan mulut :tidakada
- Fotooesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
- Cholescystogram : tidak ada
- Foto colon : tida kada

#### 2. Pemeriksaan – pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy : tidak ada

Dll : tidak ada

#### Penatalaksanaan / pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat - obatan



1. IVFD RL 500 Cc/ 24 jam= 20 tpm
  2. Ranitidin 2 x 50 mg . IV
  3. Ketorolac 3 x 30 mg iv
  4. Atrain 1 amp
- Lain-lain : tidak ada

## 1. Analisa Data

DATA	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	PROBLEM
	Subjektif : Pasien mengatakan sakit pada tempat drain saat bergerak Objektif : 1. Adanya nyeri tekan 2. Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka 3. Skala nyeri 6 4. Mobilisasi terbatas	Agen cedera biologis (infeksi)	Nyeri akut
	Subjektif : pasien mengatakan terdapat luka operasi pada bagian perut. Objektif : tampak ada luka post op pada perut, dan luka tampak basah.	Luka post op tumor abdomen	Kerusakan integritas kulit
	Subjektif : Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang operasi Objektif : 1. Tampak keluar PUS dari bekas selang drainase 2. Tercium bau dari luka 3. Tampak keluar PUS berwarna kekuning-kuningan 4. Tampak luka tertutup kasa steril 5. Kadar Lekosit 9,75 (NN4,0-10.0) 6. TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 110 kali/menit Suhu : 37,6 °C RR : 20 kali/menit	Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen	Risiko infeksi

## 2. Prioritas Diagnosa Keperawatan Terpilih

- Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)
- Risiko infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen
- Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka post op

### 3. Intervensi Keperawatan

HARI/ TGL	NO. DX. KEP.	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)
Senin, 27 Mei 201 9	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)	<p>telah dilakukana suhan keperawatan selama 3 x 24 jam</p> <p>diharapkan nyeri terkontrol</p> <p><b>main4:</b> Pengetahuan tentang sehatan dan perilaku</p> <p><b>las Q :</b> Perilaku sehat</p> <p><b>de1605 :</b> Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukan) menjadi 4 (sering menunjukan)</p> <p><b>dikator :</b></p> <p>Mengenali kapan nyeri jadi</p> <p>Menggambarkan faktor nyebab</p> <p>Menggunakan tindakan Penanganann yeri tanpa analgesik</p> <p><b>:Menggunakan</b> analgesik yang telah direkomendasikan</p> <p>Melapor kan nyeri yang kontrol</p> <p><b>:Melaporkan</b> perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan</p>	<p><b>main 1:</b> Fisiologis Dasar</p> <p><b>as E:</b> Peningkatan kenyamanan Fisik</p> <p><b>le1400:</b> Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapa tditerima oleh pasien.</p> <p><b>ivitas - aktivitas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi :lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus.</li> <li>2. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidak nyamanan</li> <li>3. Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, danantisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.</li> <li>4. Ajarkan penggunaan</li> </ol>

			<p>teknik non farmakologi ( relaksasi ).</p> <p>5. Kolaborasi pemberian terapi analgetik</p>
<p><b>Senin, 27 Mei 2019</b></p>	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan Agens Cedera Biologis</p>	<p>telah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi berlanjut tidak terjadi</p> <p><b>Domain 4:</b> Pengetahuan tentang Kesehatan dan Perilaku</p> <p><b>Kelas T:</b> Kontrol Risiko dan Keamanan</p> <p><b>Kode 1924:</b> Kontrol Risiko : Proses Infeksi, yaitu : tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman terkena infeksi, meningkatkan dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan)</p> <p><b>Indikator :</b> : Mencari informasi Terkait control infeksi : Mengidentifikasi factor</p>	<p><b>Domain 4:</b> Keamanan</p> <p><b>Kelas V:</b> Manajemen Risiko</p> <p><b>Kode 6540:</b> Kontrol Infeksi</p> <p>aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan dengan baik, setelah digunakan setiap pasien</li> <li>2. Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi</li> <li>3. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan</li> <li>5. Lakukan tindakan – tindakan pencegahan yang bersifat universal</li> <li>6. Pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal / Universal precautions</li> <li>7. Observasi tanda-tanda vital</li> </ol>

		<p>Risiko infeksi : Mengenali factor risiko</p> <p>Individu terkait infeksi : Mengetahuiperilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi</p> <p>: Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi</p> <p>: Mencuci tangan</p> <p>: Melakukan tindakan segera untuk mencegah infeksi</p> <p>: Menggunakan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan kesehatan</p>	<p>8. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat</p> <p>9. Berikan terapi antibiotic sesuai dengan yang dianjurkan</p> <p>10. Ajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi.</p>
<b>3</b>	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka post operasi</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>a. Gangguan pada bagian tubuh</p> <p>b. Kerusakan lapisan kulit (dermis)</p> <p>c. Gangguan permukaan kulit</p>	<p>Integritas kulit dan luka mengalami penyembuhan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Integritas kulit yang baik</p> <p>bisadipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</p> <p>b. Tidak ada luka/lesi pada kulit</p> <p>c. Perfusi jaringan baik</p> <p>d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera</p>	<p>Mencegah infeksi:</p> <p>a. perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> </ul> <p>R/ menjaga integritas kulit pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaga kulit agar tetap bersih dan kering R/agar kulit tetap lembab</li> <li>- Hindari kerutan pada tempat tidur</li> </ul> <p>R/ menjaga integritas kulit tetap baik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> </ul> <p>R/ membantu agar pasien nyaman</p>

	<p>(epidermis)</p> <p>Faktor yang berhubungan : Eksternal :</p> <p>a. Hipertermia atau hipotermia</p> <p>b. Substansi kimia</p> <p>c. Kelembaban udara</p> <p>d. Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restriksi)</p> <p>e. Imobilitas fisik</p> <p>f. Radiasi</p> <p>g. Usia yang ekstrim</p> <p>h. Kelembaban kulit</p> <p>i. Obat-obatan</p> <p>Internal :</p> <p>d. Perubahan status</p>	<p>berulang</p> <p>e. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p> <p>f. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>g. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan R/ mengetahui kondisi integritas kulit</li> <li>- Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</li> </ul> <p>R/ agar kulit tetap terjaga tidak terjadi luka baru</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> </ul> <p>R/ membantu pasien agar bisa mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor status nutrisi pasien</li> </ul> <p>R/ mengawasi pasien agar tidak kekurangan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> </ul> <p>R/mempertahankan personal hygiene pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal.</li> </ul> <p>R/ mengurangi tanda-tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan teknik perawatan luka dengan</li> </ul>
--	--	---	--

	<p>metabolik</p> <p>e. Tulang menonjol</p> <p>f. Defisit imuno logi</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>a. Gangguan sirkulasi</p> <p>b. Iritasi kimia (ekskresi dan sekresi tubuh, medikasi)</p> <p>c. Defisit cairan,kerusakan mobilitas fisik, keterbatasan pengetahuan</p> <p>d. faktor mekanik (tekanan, gesekan) kurangnya nutrisi, radiasi, faktor suhu (suhu yang</p>		<p>steril R/mencegah adanya infeksi</p>
--	--	--	---

	ekstrim)		
--	----------	--	--



#### 4. Implementasi Keperawatan Dengan Menggunakan Soap

HARI KE : 1

NO. D X. K E P.	HARI/ TG L JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAP)
	<p>nin, 27 Mei 2019</p> <p>00</p> <p>30</p> <p>40</p> <p>50</p>	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi :</p> <p>P : Pada saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada daerah perut kiri</p> <p>S : Skala nyeri 6 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p>T : Nyeri dirasakan pada saat bergerak</p> <p>2. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah perut bagian kiri</p> <p>3. Berikan informasi mengenai nyeri misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.</p> <p>4. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu latihan teknik napas dalam</p> <p>5. Memberikan terapi injeksi ketorolak 30 mg/iv</p>	<p>Pasien mengatakan sakit pada tempat operasi saat bergerak</p> <p>1. Adanya nyeri tekan</p> <p>2. Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka</p> <p>3. Skala nyeri 6</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi nomor 1-5 dilanjutkan</p>
	<p>in, Mei 2019</p> <p>00</p> <p>10</p> <p>20</p> <p>30</p>	<p>1. Membersihkan lingkungan dengan baik, setelah digunakan setiap pasien</p> <p>2. Mengganti peralatan perawatan per pasien sesuai protocol institusi</p> <p>3. Membatasi jumlah pengunjung</p>	<p>Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang waktu operasi</p> <p>1. Tampak keluar PUS dari bekas selang drainase</p> <p>2. Tercium bau dari luka</p> <p>3. Tampak keluar PUS berwarna kekuning-kuningan</p> <p>4. Tampak luka tertutup kasa steril</p> <p>5. Kadar Lekosit 9,75(NN4,0-10.0)</p>

	45	4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan	6. TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 110 kali/menit Suhu : 37,6 °C RR : 20 kali/menit Masalah belum tertasi Intervensi nomor 1-9 Dilanjutkan
	00	5. Melakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal	
	30	6. Memakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions	
	40		
	45	7. Mengobservasi tanda-tanda vital	
		8. Memastikan perawatan luka dengan teknik steril	
		9. Mengajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi.	
	<b>Senin, 27 mei 201 9</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>2. menjaga kulit agar tetap bersih dan kering,</li> <li>3. memonitor kulit akan adanya kemerahan,</li> <li>4. memonitor status nutrisi pasien, mengobservasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal dan melakukan teknik perawatan luka dengan steril</li> </ol>	<p>S: Pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op abdomen.</p> <p>O: Terdapat luka sayatan pada bagian abdomen luka tampak merah, TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 93x/mnt, Suhu: 37°C, Respiration</p> <p>Rate :18x/mnt.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian,</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

### Catatan Perkembangan Dengan Menggunakan Soapie

HARI KE : 2

NO. DX.	HARI/TGL	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
---------	----------	----------------------	-------

KEP.	JAM	(SOAPIE)	
1	<p>12.00</p> <p>12.20</p> <p>12.30</p> <p>12.40</p> <p>12.45</p> <p>13.00</p> <p>13.00</p>	<p>Pasien mengatakan sakit pada tempat drain saat bergerak</p> <p>1. Adanyanyeritekan</p> <p>2. Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka</p> <p>3. Skala nyeri6</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi nomor 1-5 dilanjutkan</p> <p>1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi :</p> <p>Pada saat bergerak</p> <p><b>Q</b> : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk</p> <p><b>R</b> : Nyeri dirasakan pada daerah perut kiri</p> <p><b>S</b> : Skala nyeri6 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p><b>T</b> : Nyeri dirasakansewaktu-waktu</p> <p>2. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanannya itu: sering memegang perut bagian kiri</p> <p>3. Berikan informasi mengenai nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.</p> <p>4. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu latihan teknik napas</p>	

		<p>dalam</p> <p>5. Memberikan terapi injeksi ketorolak 30 mg/iv</p> <p>1. Pasien mengatakan sakit pada tempat drain saat bergerak</p> <p>2. Adanya nyeri tekan</p> <p>3. Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka</p> <p>4. Skala nyeri 5</p>	
2	<p>lusa,</p> <p>Mei 2019</p> <p>.15</p> <p>.30</p> <p>.40</p> <p>.50</p> <p>.00</p> <p>.10</p> <p>.20</p> <p>.30</p> <p>.45</p> <p>.00</p> <p>13.00</p>	<p><b>S</b> :Pasien mengatakan keluar nanah dari lubang bekas selang waktu operasi</p> <p><b>O</b> :</p> <p>1. Tampak keluar PUS dari bekas selang drainase</p> <p>2. Tercium bau dari luka</p> <p>3. Tampak keluar PUS berwarna kekuning-kuningan</p> <p>4. Tampak luka tertutup kasa steril</p> <p>5. Kadar Lekosit 9,75 (NN4,0-10.0)</p> <p>6. TTV :</p> <p>TD : 110/70 mmHg, Nadi : 84 kali/menit</p> <p>Suhu : 37,4°C, RR : 18 kali/menit</p> <p>Risiko infeksi masih bias terjadi</p> <p>ntervensi nomor 1-9 dilanjutkan</p> <p>1. Membersihkan lingkungan dengan baik, setelah digunakan setiap pasien</p> <p>2. Mengganti peralatan perawatan</p>	

3	Selasa, 28 mei 2019	<p>per pasien sesuai protocol institusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan perawatan</li> <li>5. Melakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal</li> <li>6. Memakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan kebijakan pencegahan universal/Universal precautions</li> <li>7. Mengobservasi tanda-tanda vital</li> <li>8. Memastikan teknik perawatan luka yang tepat</li> <li>9. Mengajarkan pasien mengenai tanda dan gejala infeksi.</li> </ol> <p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih keluar nanah</li> <li>2. Tercium bau dari luka berkurang</li> <li>3. Tampak keluar PUS dikantong stoma bag</li> <li>4. Kadar Lekosit 9,75 (NN4,0-10.0)</li> <li>5. TTV :</li> </ol> <p>TD : 110/70 mmHg, Nadi : 88 kali/menit  Suhu : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 18 kali/menit</p>	
---	------------------------	---	--

		<p>S: Pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op abdomen.</p> <p>O: Terdapat luka sayatan pada bagian abdomen luka tampak merah, TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 93x/mnt, Suhu: 37°C, Respiration Rate :18x/mnt.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian,</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	
--	--	--	--

### Catatan Perkembangan Dengan Menggunakan Soapie

#### HARI KE : 3

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)	PARAF
1	Rabu, 29 Mei 2019  00	<p>Pasien mengatakan sakit pada tempat drain saat bergerak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adanya nyeri tekan</li> <li>Wajah tampak meringis saat dilakukan penekanan pada luka</li> <li>Skala nyeri 5</li> </ol> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
2	Rabu, 29 Mei 2019  30	<p>S :Pasien mengatakan masih keluar nanah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tercium bau dari luka berkurang</li> </ol>	

3	<p>ou, nei 2019</p> <p>30</p>	<p>2. Tampak keluar PUS dikantong stoma bag</p> <p>3. TTV :</p> <p>TD : 110/70 mmHg, Nadi : 92 kali/menit</p> <p>Suhu :39,1<sup>o</sup>C, RR : 20 kali/menit</p> <p>Risiko infeksi masih bias terjadi</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p> <p><b>S:</b> Pasien mengatakan terdapat luka pada daerah post op abdomen.</p> <p><b>O:</b> Terdapat luka sayatan pada bagian abdomen luka tampak merah,</p> <p>TTV: Tekanan Darah: 150/90 mmHg, Nadi: 93x/mnt, Suhu: 37: RR: 18x/mnt.</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian,</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan.</p>	
---	-----------------------------------	---	--

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN DOSEN**

Nama Mahasiswa : YONATHAN YESABEL MIHA DIMY.  
 NIM : PO 530320116378.  
 Jurusan : D III Keperawatan  
 Pembimbing : Simon Sani Kleden. S.Kep.M.Kes  
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. PBM DENGAN  
POST OP TUMOR ABDOMEN.

Imbingan ke	Hari / tgl	Materi bimbingan	Tanda Tangan
1	25-05-2019	Konsul Judul Kasus	P. Simon/ Ibu Febtian
2	27-05-2019	Konsul BAB 1	P. Simon/ Ibu Febtian
3	28-05-2019	Konsul BAB 2	P. Simon/ Ibu Febtian
4	30-05-2019	Konsul BAB 3	P. Simon/ Ibu Febtian
5	31-05-2019	Konsul perbaikan BAB 1-3	P. Simon/ Ibu Febtian
6	03-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	P. Simon/ Ibu Febtian
7	04-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	P. Simon/ Ibu Febtian
8	06-06-2019	Konsul jadwal ujian	P. Simon/ Ibu Febtian
9	07-06-2019	Konsul Perbaikan	P. Simon/ Ibu Febtian
10	09-06-2019	ACC KTI, siap cetak jilid	P. Simon/ Ibu Febtian



[illegible]